

REVISTA DIVERSIDAD DE LAS CULTURAS
Ciencias Sociales, Artes, Humanidades
Argentina... Brasil... Latinoamérica toda...

ISSN: 2718-8310

APUNTES PARA UNA HERMENÉUTICA TANÁTICA. LA LABOR DE LOS TRABAJADORES DE SALUD COMO INTÉRPRETES ENTRE PACIENTES GRAVES Y SUS FAMILIARES DURANTE LA PANDEMIA.

NOTAS PARA UMA HERMENÊUTICA TANÁTICA. A TAREFA DO TRABALHADOR DE SAÚDE COMO INTÉRPRETE ENTRE PACIENTES GRAVES E SEUS FAMILIARES DURANTE A PANDEMIA.

NOTES FOR A TANATIC HERMENEUTICS. THE WORK OF HEALTH WORKERS AS INTERPRETER BETWEEN SERIOUS PATIENTS AND THEIR FAMILY MEMBERS DURING THE PANDEMIC.

Dr. Aldo Enrici (aenrici@uarg.unpa.edu.ar)

Dra. Mirtha Sánchez - Universidad de Carabobo

Dra. Muriel Ojeda*

Lic. Gloria Villar*

Lic. Facundo Colino*

Lic. Marcela Triviño*

Estudiante Nayla Romero*

Resumen

Se reflexiona sobre el trabajo de mediación que realizaron los (y las) trabajadores de la salud en etapas convulsionadas de la pandemia de Covid-19, entre pacientes graves y sus familiares, a partir de entrevistas realizadas a los mismos en el contexto sanitario de la Patagonia Austral. Debieron asumir el compromiso de fusionar horizontes entre ambos grupos, que se diferenciaron cada vez más. Las condiciones de los pacientes empeoraban mientras que los familiares aumentaban la ansiedad al no poder mantener contacto directo. Las tensiones fueron aumentando. Los trabajadores sanitarios tenían contacto con ambos espacios. Convivieron con muertes frecuentes, protocolos rigurosos de seguridad, alto índice de contagio, y con la incertidumbre de sus familias. Traducían mensajes dentro de un prolongado conflicto de interpretaciones. Esa actividad que llamamos “hermenéutica tanática” implica una exigencia interpretativa entre dos universos. Se constituyeron como guardianes de la memoria durante la pandemia. La recuperación de relatos sobre este trabajo

*Pertenecia institucional: Universidad Nacional de la Patagonia Austral

de acompañamiento de pacientes que morían en soledad merece que sostengamos apertura hacia estas vivencias.

Palabras clave: hermenéutica tanática- trabajadores de salud intérpretes - la pandemia.

Resumo

Reflete sobre o trabalho de mediação realizado por profissionais de saúde nas fases convulsivas da pandemia de Covid-19, entre pacientes graves e seus familiares, a partir de entrevistas realizadas com eles no contexto de saúde da Patagônia Austral. Decidiram assumir o compromisso de fundir horizontes entre os dois grupos, cada vez mais distintos. As condições dos pacientes pioravam enquanto os familiares aumentavam a ansiedade de não conseguir manter contato direto. As tensões estavam aumentando. Os profissionais de saúde tiveram contato com ambos os espaços. Conviviam com mortes frequentes, protocolos de segurança rígidos, alto índice de contágio e a incerteza de suas famílias. Traduzem mensagens dentro de um prolongado conflito de interpretações. Essa atividade que chamamos de "hermenêutica tanática" implica uma demanda interpretativa entre dois universos. Eles se tornaram guardiões da memória durante a pandemia. A recuperação de histórias sobre esse trabalho de acompanhamento de pacientes que morreram sozinhos merece que apoiemos a abertura durante essas experiências.

Palavras-chave: hermenêutica tanática; interpretando os trabalhadores da saúde - a pandemia.

Abstract

We reflect on the mediation work carried out by health workers in convulsive stages of the Covid-19 pandemic, between seriously ill patients and their families, based on interviews conducted with them in the health context of the Southern Patagonia. They had to assume the commitment to merge horizons between both groups, which became increasingly different. The conditions of the patients worsened while the relatives increased their anxiety by not being able to maintain direct contact. Tensions were rising. Health workers had contact with both spaces. They lived with frequent deaths, rigorous security protocols, a high rate of contagion, and with the uncertainty of their families. They translated messages within a prolonged conflict of interpretations. This activity that we call "thanat hermeneutics" implies an interpretive requirement between two universes. They were constituted as guardians of memory during the pandemic. The recovery of stories about this work accompanying patients who died alone deserves that we maintain openness towards these experiences.

Keywords: thanatic hermeneutics - interpreting health workers - the pandemic.

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto PISAC-COVID-19, (La sociedad argentina en la Postpandemia) "Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as", Nodo Patagonia Austral[2]. En el mismo se abordan las narrativas del personal de salud sobre los procesos de atención desarrollados durante este tiempo, los problemas que identifican como emergentes de la pandemia y los desafíos que implica pensar la transición a una etapa de postpandémica. La actividad de las y los trabajadores de la salud se ha visto transformada de manera sustancial, inicialmente ante la incertidumbre, la escasez de insumos de elementos de protección, la débil infraestructura edilicia y el desconocimiento sobre cómo manejarse (qué protocolos usar, cómo actuar ante un caso sospechoso o positivo). Como observa Anahí Sy (2020) en ese contexto, la medida de aislamiento social preventivo abrió un margen de tiempo para establecer protocolos, garantizar la disponibilidad de insumos de trabajo, adecuar los espacios de atención y crear nuevos. Esta organización favoreció la atención y tratamiento del coronavirus (Covid 19), contradicciones al interior de los propios equipos de salud, de estos en su relación con las/os usuarios y con las instancias superiores de toma de decisión y gestión.

En este contexto, se establecieron mecanismos que buscaban resguardar a los trabajadores de la salud (quienes presentaban mayor riesgo de contagio y estrés laboral). Los mismos se constituyen, además, en una lectura estrecha en vehículos de transmisión de infecciones a pacientes, compañeras/os de trabajo y/o familiares) así como garantizar la atención a la emergencia sanitaria. Eso implicó limitar la atención de importantes áreas de la salud colectiva, como la salud sexual y reproductiva, la salud mental comunitaria o las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras, que han quedado postergadas frente a la emergencia sanitaria. En una lectura amplía los trabajadores de la salud se constituyen como portadores de vivencias sociales, en condiciones de conformar archivos de memoria sanitaria del mundo durante el proceso pandémico.

En mayo de 2020 la UNESCO publicó un documento alentando a los encargados de formular políticas y la comunidad científica a que aprecien el valor de utilidad de las instituciones de memoria. En el mismo se advierte que con el aumento de la desinformación en torno a la pandemia del COVID-19, las instituciones y activistas de la memoria pueden reunir, catalogar y difundir información científica basada en hechos y proporcionar perspectivas críticas y comparativas. Los esfuerzos por conservar la documentación y salvaguardar la memoria de

[2] En junio de 2020, la Agencia I+D+i abrió la convocatoria "PISAC COVID-19. La sociedad argentina en la post pandemia", un instrumento que busca fortalecer los aportes de las ciencias sociales para comprender y pensar a futuro las transformaciones sociales que el coronavirus produce en nuestras sociedades. El objetivo fue financiar proyectos asociativos de investigación en Ciencias Sociales y Humanas para la producción de conocimientos de la sociedad en la pandemia y la postpandemia. Se seleccionaron 19 iniciativas para su financiamiento. https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/acciones-covid-19/pisac-covid-19
.

ISSN: 2718-8310

prácticas profesionales y científicas sobre las respuestas al COVID-19 ayudarían a mejorar experiencias similares. El presente trabajo intenta rescatar la experiencia mediadora de los trabajadores de salud en un aspecto específico de la atención de pacientes con Covid. Como parte de su esfuerzo por movilizar a la comunidad del patrimonio documental contra la pandemia, la UNESCO, a través del Programa Memoria del Mundo (MoW), creó una página web específica, recursos para profesionales del patrimonio documental, en la que se presentan recursos para los Estados Miembros, las instituciones de la memoria y los ciudadanos para garantizar que todos los registros oficiales relacionados con la crisis del COVID-19 se conserven eficazmente y estén a disposición del público.

Se abrió una página web, que se actualizó periódicamente, también contiene vídeos de los asociados de la UNESCO en los que se describen sus esfuerzos organizativos para mitigar el impacto del COVID-19 en las instituciones de la memoria, así como en el público en general. Entre ellas figuran iniciativas de la Federación Internacional de Asociaciones de Bibliotecarios y Bibliotecas (IFLA), el Consejo Internacional de Museos (ICOM), el Centro Internacional de Estudios de Conservación y Restauración de los Bienes Culturales (ICCROM) y el Consejo de Coordinación de Asociaciones de Archivos Audiovisuales (CCAAA), junto con los Comités Regionales del Ministerio de Obras Públicas para África (ARCMOW), Asia y el Pacífico (MOWCAP) y América Latina y el Caribe (MOWLAC), todos los cuales firmaron conjuntamente la declaración.

En el espacio de salud afectado, en todo el planeta, los (y las) Sanitarios de la salud se convirtieron en "guardianes de la memoria íntima" de las relaciones entre familiares y pacientes graves. Durante 2020 y 2021 los trabajadores sanitarios realizaron la experiencia de contactar al paciente en condiciones graves o terminales con sus familiares que querían despedirse en plena pandemia de Covid. Esta práctica constituyó una construcción de sabiduría, difícil de sobrellevar. El volumen e intensidad de casos sobrepasaba, en esos momentos, la capacidad de atención. Todos los trabajadores de salud reciben formación para acompañar el final de vida de pacientes. No todos para interpretar mensajes, traspasar los relatos de sus experiencias, entre familiares y pacientes a punto de morir, con elevada frecuencia, como ocurrió durante la etapa intensa de la pandemia.

La actividad de intermediación implicó trasponer conflictos interpretativos entre dos extremos. Por un lado familiares saludables que escriben y dibujan sus mensajes. Por el otro un paciente se debate en pelea contra la muerte. En medio de ambos un Trabajador sanitario interpreta y transmite mensajes con la intención de lograr una despedida afectuosa. Debieran existir modos eficaces de recuperar estas experiencias. Formas de poner a disposición la experticia lograda para fortalecer la atención en nuevos desafíos con otros pacientes y sus familiares. Es preciso corroborar que esta implicación entre familiares y pacientes no sea una tarea improvisada. Se hizo necesario establecer un compromiso con los Trabajadores sanitarios. Promover la comprensión de esta difícil práctica, su cuidado y transferencia de la experiencia del conflicto de interpretación entre los familiares, que no pueden acercarse en

persona, y el paciente que yace estado crítico. Todo lo cual conforma una situación extenuante.

La visibilidad de las pestes en la hermenéutica tanática . Tres imágenes

El personal sanitario es la parte más débil en la cadena de atención a la pandemia (Juárez García, 2020). Al estar en primera línea, enfrentan una variedad amplia de demandas muy altas que los posiciona en una alta vulnerabilidad, deteriorando su calidad de vida, su entorno y su capacidad funcional. Si visualizamos su actividad, reconocemos que se encuentran en medio del paciente y sus seres queridos, acosados por un fantasma intangible al que suele llamarse peste, epidemia, brote, etc. En algunas situaciones puede registrarse el modo en que acompañan y defienden al paciente. Incluso se han realizado estudios cualitativos mediante fotoelicitación, que captura la fotografía para representar la vivencia sobre la transformación de la atención primaria, por la pandemia de COVID-19 del alumnado y profesionales (Berlanga et al, 2021).

El arte como expresión de la cultura a través de la historia de la humanidad, puede ser manifestación puramente estética, de sentimientos, emociones, arma de protesta, de la realidad social, económica y política de los pueblos y países. Los valores culturales creados por el arte han sido de gran trascendencia social, pues devienen en significativo beneficio para la historia y conocimiento de las generaciones futuras (Portes & Armony, 2016). El arte de la pintura sobre las pandemias abre la posibilidad de transmitir vivencias acontecidas en ciudades y hospitales desde imágenes de las expresiones humanas de hechos desencadenados por las pandemias, los cuales son de un indiscutible valor histórico y cultural (Castañeda Guillot, 2018-15). Las artes visuales constituyen una herramienta para documentar enfermedades como para construir memoria.

Hemos pasado, en estos dos años de intensidad pandémica, por condiciones extraordinarias de confinamiento a escala mundial debido a la pandemia del coronavirus (COVID-19). El impacto de esta crisis va más allá de nuestra salud física. Se fueron posponiendo festivales y eventos culturales digitales, algunas prácticas y rituales del patrimonio vivo se fueron restringiendo. Al mismo tiempo, se puso de manifiesto que el patrimonio vivo puede ser una fuente de resiliencia en circunstancias difíciles. En paralelo con la entrada del confinamiento, publicistas, *influencers* y artistas decidieron aunar fuerzas para emprender muestras conmemorativas, como sucedió con el Covid Art Museum (Museo de Arte del Coronavirus). Dicha propuesta permitía que artistas de todo el mundo compartieran sus trabajos desde allí. Desde fotografías inéditas hasta montajes e intervenciones a obras mundialmente conocidas. Ver a La Gioconda sosteniendo en sus brazos papel sanitario o Abbey Road, como una calle vacía, sin los cuatro Beatles cruzándola, forman parte de la galería de este nuevo espacio. (Ministerio de Cultura de la Nación, 2020) .

Las grandes pestes suelen generar propuestas visuales que contienen información valiosa. Mostramos tres figuras a continuación:

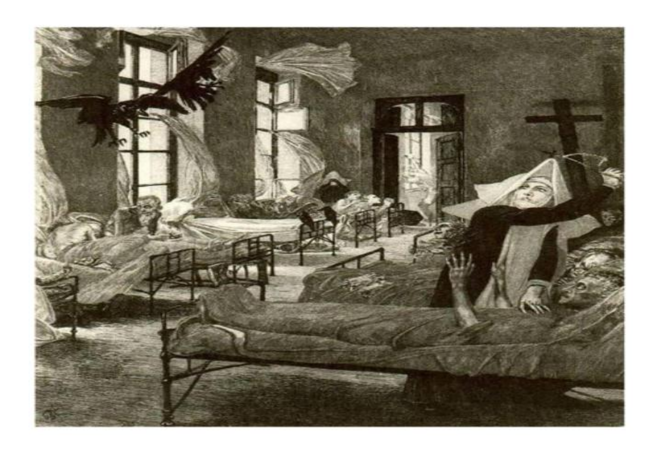


Imagen 1. Religiosa defiende de la gripe española a un paciente. Grabado anónimo.https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1983/1943

En la Imagen 1 se observa un grabado anónimo sobre la gripe española. La terrible Gripe Española, de 1918-19. Acaso la primera gran gripe global, que colapsó hospitales. La misma produjo en el orbe un tercio en fallecidos de la población mundial (Castañeda Guillot, 2021). En la mencionada Imagen la encargada de acompañar a los enfermos se identifica como una religiosa –monja- que azota un rosario contra la peste. Los mismos pacientes ven llegar la peste conjunta a un pájaro negro. La peste es activa. Penetra por las ventanas en forma de viento que mueve las cortinas.



Imagen 2. Un camillero lleva a terapia intensiva a un paciente mayor. Fotografía periodística. https://www.elfinanciero.com.mx/salud/muerte-en-soledad-enfermos-de-covid-19-fallecen-solos-por-el-temor-a-contagiar-a-su-familia/

ISSN: 2718-8310

La soledad final de los pacientes con enfermedades contagiosas, como la Gripe Española o el Covid-19 es un fenómeno global que dio lugar a debates biopolíticos y bioéticos cada vez más cargados de discusiones que –apelando al alegato distópico e incluso bíblico- presagian o absuelven a la humanidad por sus excesos (Agamben 2020, Han 2020, Enrici, 2021). Ya en abril de 2020 se narraban detalles de personas que dejaban de vivir sin el acompañamiento de sus seres queridos en todo el mundo. Las fotografías proliferaron desde un principio a modo de advertencia sobre un flagelo que arrasaba el planeta. En la Imagen 2, se observa, precisamente, una fotografía típica de la pandemia, en todo el mundo, que cuenta lo suficiente. Es una de las tantas que recorrió el mundo en esos primeros meses. Es una fotografía que podría provenir de cualquier parte, con significados parecidos. Un paramédico mira el rostro revuelto de un paciente de la tercera edad. El hombre parece entregado. Sus manos juntas, cruzando los dedos, reunidas sobre el pecho, no ofrecen resistencia. Un cinturón de seguridad cruza la sábana blanca que lo cubre. Una ingente almohada lo muelle. Se lo nota transpirado, con el pelo engomado a la frente. La cinta con el número de paciente en forma de pulsera lo identifica más de lo que él puede decir. El dorso de su mano izquierda esboza un posible canalizado. La ambulancia espera, blanca, cuadrada, insensible. Hay un simulacro tanático a punto de desdoblarse en deceso.

La espiritualidad está presente, sin embargo, en ambas imágenes. El fenómeno del cuidado anímico más allá de las recomendaciones médicas se repite en la pandemia de Covid. El fortalecimiento de las comunidades, a partir de las oraciones, de las marchas que peregrinan alrededor de los hospitales, constituye formas de enfrentar momentos de agonía. Familiares y amigos se despiden de la forma que pueden, de sus seres queridos, ayudados frecuentemente por trabajadores Sanitarios de los hospitales que traducen la expresión de amor en caricias, oraciones, fotos. Los familiares en buena parte sienten que no es adecuado ese tipo de final vacío. El trabajador de la salud vincula a las partes (familiares y pacientes). Atraviesan el conflicto de interpretaciones, para ir de extremo a extremo de la vida. Transfieren el mensaje a un enfermo entubado, que no puede recibir la expresión del familiar de la misma forma. La actividad de interpretación plantea un desafío.

ISSN: 2718-8310



Imagen 3. Enfermeros y familiares construyen un santuario en las afueras del Hospital de Río Gallegos. Fotografía periodística. https://amp.telefe.com/canal13santafe/informacion-general/un-enfermero-jubilado-murio-por-coronavirus-en-santa-cruz-y-sus-colegas-buscan-generar-conciencia/

El trabajador cuenta a los familiares la forma del deceso. Esa tarea permite una despedida tierna a través de la sensibilidad del intérprete sanitario de ocasión. Sin embargo plantea uno de los conflictos substanciales del Sanitario. Un conflicto de lealtad con el oficio. Una Deliberación acerca de hasta dónde llega el compromiso con la profesión en una pandemia. La Imagen 3 muestra que hacia septiembre de 2020 se formaban cadenas de oración en las afueras del Hospital Regional de Río Gallegos, lugar donde se escribe este texto. Los familiares y amigos rezaban por sus enfermos hostigados por el frío Austral. Encendían velas en los canteros invernales, ya sin plantas, en las afueras del hospital. Arropados por el frío guardaban por las vidas, aunque no pudieran tener contacto con ellos.

El fenómeno se repetiría durante 2020 y 2021 diariamente alrededor del nosocomio. Las velas conformaron un santuario a orillas de la entrada. El pasto seco cubre la base de tierra que tiene poco para dar. Una fila de luces invoca la espiritualidad desvanecida. Resulta demostrativo cómo el trabajador de la salud (con su chaqueta celeste) se aproxima al precario altar, acaso a pedir por un/a colega, o para cobrar fuerzas suficientes. Consideramos a modo de hipótesis que se trataba de una actividad de “hermenéutica tanática”. Definimos la hermenéutica tanática como el proceso de trabajo para resolver, de modo interpretativo, el vínculo sentimental con sus afectos cercanos, desde la soledad de los pacientes internados en terapia intensiva en un clima de proximidad constante a la muerte, que llevan adelante los trabajadores de la salud. En esa situación el personal de salud realiza una tarea de interpretación intersubjetiva. Las experiencias de acompañamiento a pacientes en estado crítico involucran a la comunidad sanitaria de forma protagónica. Durante el proceso interpretativo se incrementan los riesgos de estrés laboral de acuerdo a las entrevistas

ISSN: 2718-8310

ejecutadas. En una comparación trágica, acaso exigida, diremos que es como ser sanitario en una guerra. Sin embargo, aquí, los familiares de cada paciente, están cerca. Estos actores de la salud están apremiados por la ansiedad familiar. Hay que narrarles sobre la despedida del paciente inmediatamente. La experiencia se reiteró, en los picos de la pandemia, varias veces por día.

El trabajador sanitario actúa como mediador hermenéutico. Como un antropólogo interpretativo elabora un discurso para el público de su propia cultura –en este caso la familia- dentro de una triangularidad etnográfica. Cuestiona los supuestos valores de objetividad y neutralidad (Geertz, 1994). Trabaja con pacientes en estadios culturales tanáticos. Intenta comprender las dos partes, la del deseo de despedirse con el intento de vivir agónico. Un intérprete, tensado por un conflicto de interpretaciones, traduce la polaridad placer-dolor y la afección polarizada en estados alegres y tristes (Simondon, 2015, p. 381) en un intercambio de información y causalidad que exige un trabajo de coordinación entre dos grandes extremos pulsionales: vida y muerte.

El estrés laboral del Sanitario, frecuentemente asociado con el sufrimiento y el ambiente de trabajo durante la pandemia, impacta en el bienestar. En el personal con mayor riesgo de sufrir un trastorno mental, los esfuerzos de la institución hospitalaria representan un recurso valioso para la resiliencia (Lancee, Maunder et al, 2008, 59). Estudios recientes evalúan el estrés inmediato como el impacto psicológico experimentado por los/les/las[3] trabajadores sanitarios sometidos a cuarentena durante el brote del MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio). Se obtuvieron puntajes elevados de estrés y problemas en el sueño que se agravaron en el hogar después de la cuarentena (Lee et al, 2018, 87). La exposición a una infección muy contagiosa constituye una experiencia sin preparación previa casi siempre. Se ha observado que la exposición previa y compartida a conflictos similares de magnitud masiva ha mejorado la capacidad de resiliencia durante el brote de Ébola en Sierra Leona. Se encontraron síntomas clínicos de ansiedad y depresión "muy por debajo de lo esperado" dada la magnitud y duración de la epidemia (Jalloh et al, 2018). La implementación anticipada de prácticas profesionales de experiencias de mediación interpretativa lleva a una preparación de ambientes resilientes. Los trabajadores de salud, intervinieron como intérpretes entre las familias y los pacientes. Una tarea extenuante, no solamente por la intensidad del trabajo, sino por la exigencia de trasladar emociones, equilibrar situaciones sentimentales. Los deseos de vida se enfrentan a las condiciones taciturnas de los pacientes.

Más que un oficio de mensajero transparente la actividad hermenéutica de hacer llegar a un paciente en instancia cuasi-mortuoria el mensaje de su familia, se vuelve una capacidad cuya práctica es tan cotidiana que se desvanece de nuestra percepción. El Sanitario se mueve entre dos contextos diferentes, en extremo. Enfermos y familiares padecen la dificultad de no conectarse igualitariamente durante el proceso de enfermedad. Los Sanitarios ofician de

[3] Acompañamos la perspectiva de género inclusiva. Lo hacemos en contadas oportunidades, para no interrumpir la lectura.

ISSN: 2718-8310

intérpretes pero deben incluirse en este padecimiento. Se conforma, así, una triada donde el Sanitario articula dos necesidades. La memoria es en este caso la capacidad de hacer recordar de modo satisfactorio la calidad de despedida del paciente. Cuando hablamos de modo satisfactorio nos referimos a diseñar un discurso que agrade ser llevado por los familiares y amigos. El diseño memorístico es realizado en conjunto. Requiere un esfuerzo de relato del trabajador en el momento en que ocurre la despedida como en los sucesivos instantes posteriores en que se realicen evocaciones de la persona que ha fallecido por parte de sus familiares.

La condición de los Trabajadores Sanitarios. Testimonios

a) La carencia afectiva

Dentro de los testimonios a rescatar hay algunos que definen con contundencia la convivencia de Sanitarios con pacientes. La forma en que esta intensidad réplica en el comportamiento, los sentimientos, las conductas es notable. F es farmacéutico, especialista en farmacia Hospitalaria. Trabaja hace varios años en el Hospital Regional de Río Gallegos, en la provincia de Santa Cruz. Específicamente se desempeña en dos áreas. En el área de internación se encuentra a cargo de terapia intensiva adultos, que sería la parte asistencial. Además trabaja en gestión. Aquí está encargado de la parte de adquisición de insumos y medicamentos. F es soltero. Reitera que vive solo. Como gran parte de los habitantes de la Patagonia Austral (Santa Cruz y Tierra del Fuego), ha migrado recientemente, luego de recibir su título profesional, desde el "norte" del país. El norte" es la expresión metonímica utilizada para significar la procedencia de quienes provienen de otras provincias que no son la Patagonia Austral. El norte comienza en Comodoro Rivadavia, que es plena Patagonia.

F ha nacido en una de las provincias centrales del país, desde donde vino al sur extremo, luego de recibir su título profesional. No comparte su vivienda con familiares o amigos. Este farmacéutico consideraba que, durante la pandemia, particularmente en el comienzo, desde el punto de vista laboral, tenía colegas de su profesión que no se exponían tanto al contagio. Esto lo llevó a un conflicto de interpretaciones. Tal vez su dedicación al trabajo lo había llevado a estar más expuesto que el resto de sus compañeros/as.

> *En mi caso particular, se presentó una fuente de conflicto porque yo soy el único de los profesionales farmacéuticos que asiste a un pase de sala. Un pase de sala es terapia intensiva…el resto de los servicios auxiliares dejó de existir… La disyuntiva fue ir al pase de sala o no ir al pase de sala, por la mayor exposición*[4].

[4] Los datos y párrafos de entrevistas que se transponen en el presente trabajo forman parte de la investigación mencionada, aún en desarrollo.

F continuó con sus mismos hábitos de trabajo en pandemia. En ciertos casos su compromiso aumentó. Asistió al pase de sala por decisión personal, en contravención con las directrices de su jefe, hasta que se contagió. Para F era importante recabar la información necesaria para su práctica clínica en el pase de sala. La exposición era excesiva. Aún más, estando en pandemia. Le costaba tomar conciencia del riesgo por el que atravesaba. La experiencia de percepción de la vulnerabilidad social se manifiesta en el entrevistado recién a partir de contraer la enfermedad. Allí se dio cuenta de que estaba expuesto a una situación en la que debía cuidarse de otro modo, además de coordinar el trabajo con el resto de los Trabajadores Sanitarios. Tenía que cuidarse a sí mismo del contagio. Ese cuidado redundaría en el funcionamiento de su espacio laboral. Aunque viviera solo, durante la fase más intensa de pandemia, no podía concentrarse en su trabajo de modo individual, según sus propias convicciones, sin coordinación con sus compañeros. Sin embargo le costaba entenderlo. Dadas las condiciones de convivencia que atravesaba, se expuso más que el resto.

F advierte que deseaba que “no lo confundan ni con un héroe ni con un inconciente”. Para decirlo mejor, en su casa no hay gente a la que pueda contagiar. Está liberado de ese compromiso. Dice sentir la obligación y la necesidad de volver a trabajar. Estuvo mucho tiempo aislado por el contagio que sufrió. Pero, el compromiso con su profesión, iba más allá de su obligación laboral. Un compromiso tan intenso como para entregar gran parte de su vida privada. Concentrado en restaurar sus recuerdos, durante la entrevista nos mira como si quisiera fijarse en sus pensamientos. Aunque es elocuente. Cuando habla hace gestos de preocupación por esta condición solitaria que a la vez lo invita a cumplir con su tarea más allá de cualquier límite. Sin embargo esa soledad la vivió cuando se contagió. No llegó a generar anticuerpos y volvió al hospital. Otra vez se contagió. En total estuvo 88 días aislado.

> *Bueno, esto es más una experiencia personal, pero no me molesta comentarlo… yo lo que sí sentí fue la carencia afectiva, eso fue algo que…Por ejemplo, a ver, desde un abrazo, hasta una caricia, algo que vos decís…yo que no tengo una pareja estable, tuve 88 días de aislamiento… y bueno… la transité en dos ocasiones, pero no podés aislarte del mundo. Porque no somos islas.*

F parece comprender, desde sus palabras, que no todo está en condiciones como para enfrentar una pandemia. Aunque lo dice a modo personal, lo hace situándose en su propio relato. No está en condiciones para oír indefinidamente sobre las muertes. Situaciones de despedida que afectan al paciente, a la familia, al personal de salud. Sin embargo, un conflicto lo lleva a cuestionarse: en algunas ocasiones no se puede ser sanitario remoto. No se puede trabajar de manera remota en terapia intensiva. “Hay que estar con el paciente”. Hay que estar con los colegas, cumplir protocolos de ida y de vuelta. En pandemia hay que estar preparado para trabajar con tantas experiencias desahuciantes durante horas seguidas sin un acompañamiento profesional psicológico, sin modalidades de descanso. No es natural, aun en la vida de un profesional de la salud, estar tan estrechamente en contacto con la rutina de tanta gente que ingresa, empeora y muere. Pareciera que no fuera posible aprender a convivir con

estas condiciones. F, que dedica buena parte de su vida al trabajo en el hospital, lo percibe y lo expone en sus palabras. Es un desafío trabajar en estas condiciones. Son condiciones que están vinculadas, a su vez, a situaciones emocionales, de mucha tensión y mucha tristeza familiar.

Debido a su condición monoparental, F. está acostumbrado a volcar gran parte de su vida en el trabajo. No le resultó sencillo asumirse como un Sanitario con el mismo ritmo dentro de una pandemia, donde hay que cumplir con medidas muy extremas de cuidado. Llegó a sentir el peso anímico del ambiente, tan relacionado a lo procedimental en el plano laboral, dentro de circunstancias en las que puede autopercibirse ligado intensamente al peso tanático.

> *De hecho, fue uno de los temas fundamentales. Un cambio de forma de pensar. En un momento hubo que cambiar esto de "muerte, muerte, muerte" por cuestiones que traigan vida, regocijo y felicidad… Porque si no… la situación es insostenible. Entonces, yo considero que se debe traer alivio al sistema de salud ya sea por recursos humanos y materiales para poder sobrellevar lo que viene.*

b) El conflicto interpretativo

Entramos, aquí, en una fase reflexiva. Una recopilación de escritos de Paul Ricoeur lleva el significativo título de *El conflicto de las interpretaciones*. Mediante la interpretación, nos dice el autor, se inscribe el problema del simbolismo como en el problema del lenguaje. La noción de interpretación queda unida a la noción de símbolo. Ricoeur (1969, 16), lo expresa de la siguiente manera: El símbolo se define como toda estructura de significación donde un sentido directo, primario, literal, designa por añadidura otro sentido Imagendo, que no puede ser aprendido más que a partir del primero. Llevado al contexto hospitalario, diremos que el texto, fijado por escrito, se desliga del escritor (el familiar del paciente). Recibe, así, una autonomía interpretativa (el trabajador Sanitario) que a su vez, de manera Imagenda, hace llegar a un receptor indirecto (el paciente grave). La palabra media entre los elementos de una estructura y el acontecimiento del habla en una situación abierta. Los distintos significados de la palabra no constituyen únicamente, una diferenciación en un orden de elementos yuxtapuestos, sino también el surgimiento plural de un segundo y nuevo significado en un orden sucesivo que alguien trata de conciliar entre extremos dialógicos. Es imposible que en esa búsqueda conciliatoria no haya un estresamiento en el proceso de mediación (Pöggeler & Herrmann, 1997). Ese texto, en este caso, es el mensaje de los familiares que el enfermero/a debe reinterpretar para hacerlo llegar al paciente en terapia intensiva. Posteriormente hará una devolución a los familiares, poniendo en palabras la recepción del paciente.

LC es enfermera profesional, con 20 años de experiencia en Terapia Intensiva del hospital Regional de Río Gallegos. Habla, en determinado momento, de su contacto con pacientes en

condiciones de cercanía de muerte. Sin embargo esta situación es distinta. Repentinamente los pacientes se complican de un día para otro.

> *Cada día que voy al hospital encuentro una cama vacía de alguien que se estaba recuperando... De pronto ya no estaba más. La estábamos luchando juntos, con sus familiares, día a día, pero se nos fue. Una paciente estaba bien a la mañana, pero a la tarde hacía un infarto. A veces, tenemos dos o tres muertes diarias y sus familiares que no pueden despedirse…yo tengo que resistir a esas experiencias creando un caparazón…si no, terminamos quemados.*

Probablemente LC no estaba preparada para "tanta muerte" y tantos mensajes a la vez. Tomó cursos, realizó ateneos para estar en contacto directo con situaciones pandémicas. LC se emociona cuando se expresa. La emergencia de escenarios de creación constante de puentes entre familiares y pacientes graves se vuelve constante. Entre paciente y paciente LC interpreta mensajes de los familiares que les hacen llegar su apoyo. Los acaricia, los peina, les cuenta sin urgencia, como si fuera un familiar. A pesar de su excelente formación profesional asimila experiencias diferentes. Aprende a construir traducciones entre los extremos de la vida en la medida. Cada construcción se vuelve una fusión de horizontes. Por un lado el mensaje de palabras en una hoja de papel, el dibujo de un nieto. Del otro lado la traducción de ese mensaje en un susurro al oído del paciente. La distancia entre extremos es abismal.

El trabajador sanitario acumula el costo de la fusión de horizontes. De ese esfuerzo se habla demasiado poco. Es posible que la vertiginosa vida hospitalaria las disuelva, porque aparece otro caso similar y hay que continuar. Hay que seguir resolviendo. La acumulación de tanta construcción de puentes intersubjetivos en medio de conflictos interpretativos no se divulga. El riesgo es que los profesionales modifiquen el cuidado proporcionado a los pacientes al final de la vida, generando conflictos y actitudes emocionales negativas hacia el cuidado de estos pacientes durante la pandemia. La situación de aislamiento supone un coste emocional que será valioso estudiar a medio plazo. Se vuelve necesario hacer una revisión de los protocolos y de los cuidados proporcionados, a los fines de proporcionar cuidados de calidad al final de la vida, en el acompañamiento y la despedida.

Una pandemia inconclusa

Madariaga & Oyarce (2020) advierten el efecto traumatizante que aporta la pandemia con sus violencias biológica y simbólica. La pandemia nos lleva a vivir en una sociedad en procesamiento constante de duelos inconclusos, que otorgan al Covid una categoría de pandemia inconclusa. Por esto es que tampoco podemos hablar concretamente de "pos-pandemia". El componente tanático se nutre y aviva con la pandemia. Esto obliga a desplegar tareas de apoyo psicoemocional frente a los duelos producidos por las muertes y estados críticos de los pacientes en hospitales y consultorios; sentimientos de angustia, temor y culpa

frente al peligro de llevar el contagio a sus hogares (Madariaga, & Oyarce, 2020). Hay una pesadez tanática que afecta a los trabajadores de salud. Tal vez no sepamos cuáles son las reglas y mecanismos para afrontarla.

No hemos tenido recientemente ni guerras totales ni plagas inmediatamente mortales. La diabetes y el HIV son enfermedades crónicas, sin desenlaces inmediatos ni contagios a escala geométrica, aunque son pandemias. En este caso, el tema que separa al trabajador de salud, frente a otras enfermedades, es el limbo solitario de la terapia intensiva. Los familiares, al otro lado del limbo, esperan el desenlace. Según Alsdair MacIntyre, desde su punto de vista filosófico comunitario, los estados terminales e iniciales del ser humano se juntan en esta propiedad humana de la vulnerabilidad. De hecho este tipo de enfermos adultos en fases finales suelen sentir una "desnudez infantil" porque ahora los otros se lo han de hacer todo.

El reencuentro con esa inocencia natural alteradora de su autonomía les va a recordar que nunca han dejado de ser "hombres niños" o "mujeres niñas", en definitiva animales racionales y dependientes (MacIntyre, 2001, p.16). Durante la pandemia, en las fases agudas, no fue posible acompañar a tantos pacientes ni despedirse de ellos. Aludiendo a Macintyre, los pacientes no fueron tratados como niños. De un día para otro perdieron contacto con sus seres cercanos para siempre. El hombre, un ser constituido biológicamente, sólo se desarrolla moralmente en y a partir de esta condición vital originaria. Surgen entonces consecuencias que no sólo significan la base para una investigación filosófica, sino también un punto de partida. Es valioso que la reflexión filosófica sobre la moral realice su investigación sobre la vulnerabilidad y la discapacidad humana. Invita a pensar que quienes están en condiciones de vulnerabilidad son diferentes de "nosotros". Constituyen un grupo de personas distintas, en cuya situación nos hemos visto alguna vez, o nos vemos ahora o probablemente nos vertemos en el futuro. La vulnerabilidad y la discapacidad que dominan la vida humana en la infancia más temprana, en la senectud y durante el tiempo en que se padece alguna lesión o alguna enfermedad física o mental. Así, concluye que la identidad humana es, y sigue siendo después, una identidad animal y, en consecuencia, el hombre siempre necesita depender de los demás.

Un hito bioético

Si trasladamos la observación anterior a la pandemia, estos "demás" de los que se depende, en casos de lesión alguna, son los Sanitarios en su ocupación de mediadores solidarios. Los pacientes con dificultades graves fueron ubicados en una condición de aislamiento que los desprotegió de su condición de sociales, pero también morales. Procesos en los que fueron y son tratados como organismos, solamente. Sus familiares y ellos mismos, quedaron a disposición de la tecnología que los mantenía vivos. Más grave aún es que, aunque se sabía que morirían, sus familiares y cercanos no podían acercarse por el riesgo de contagio. Los Sanitarios fueron los únicos acompañantes. Si esto sucede de modo aislado no es tan

problemático. Si se transforma en algo constante y universal la desolación recorrerá los hospitales, afectando al personal.

Nos entrevistamos con Ag, de profesión psicóloga. Oriunda de Córdoba, Argentina. Recibida en la Universidad de ese lugar. Pudimos avanzar en el tema conversando con ella. Ag aún no cumplió los 30. Hace cuatro años que está en Río Gallegos. Hace dos años está en Setripco, un servicio del Hospital Regional destinado a pacientes con problemas de consumo de sustancias. Ag está realizando una maestría en bioética. Su carrera es presurosa, como la mayoría de los profesionales en la región. Cuando la entrevistamos mencionó su participación en la elaboración de "protocolos de despedida". Los pacientes fallecían y no podían despedirse de sus familiares.

El protocolo de despedida se debe a que a la Unidad De Terapia Intensiva no se puede ingresar. Para Ag es un hito bioético fundamental. Los pacientes fallecían hasta ese momento en total soledad. No había ceremonia, ni contacto con el cuerpo. Si el paciente está por fallecer el familiar tiene 15 minutos según ese protocolo. El paciente está en coma farmacológico y no se lo puede tocar. Los profesionales acompañan, explican la situación con la que se van a encontrar. Es una situación difícil para todas las partes. Encontrarse con alguien entubado, en coma, es una experiencia difícil. Ag comenta que "algunos querían sacarle fotos. Le aconsejábamos que no era lo mejor".

Un solo familiar puede ingresar. Los médicos se contactan con ellos. Le cuentan que va a fallecer ese mismo día. El familiar ingresa, acompaña a el/la paciente a los fines de despedirse. Luego del episodio de muerte se mantiene un diálogo con el familiar. Hay quienes llegan con la expectativa de que el familiar enfermo va a resistir. Por falta de información, por la activación del mecanismo de negación, es difícil asumir que en unos minutos va a morir. Ag rescata actitudes de familiares que construyen herramientas para el desenlace.

> *Una mujer fue a ver a su marido, muy grave. Me llamó la atención la fortaleza con la que se enfrentó al caso. Contaba con herramientas, estaba acompañada por la familia, estaba al tanto de los partes médicos, mostraba agradecimiento hacia los profesionales… En otro caso un familiar, a pesar del protocolo activado, no asumía que su madre estaba a punto de morir… "Mi mamá no se va a morir", nos decía. Ahí me di cuenta de que con la sola presencia ayudamos.*

Decirle a un paciente que su familiar va a fallecer en pocos minutos es complicado. Contactar con él para que se despida es inusitado. Todo este trámite ocurre en poco tiempo, a veces en un par de horas. Desde la internación hasta el fallecimiento hay pocos días. Ag recuerda lo difícil que le resultó asumir el fallecimiento por Covid del padre de un joven paciente que acudía al Servicio de Tratamiento Integral para Patologías de Consumo. Había hablado con él, pocos días atrás, sobre la evolución de su hijo. La mayoría de los psicólogos que se ocupan

en temas de pandemia hacen a su vez terapia. Sin embargo, aporta Ag, "el psicólogo al que vamos también se angustia. También está viviendo la pandemia".

Bioética, biopolítica y aprendizaje.

El protocolo de despedida gestiona un proceso ordenado para despedirse de un enfermo de Covid. Se asume que el protocolo puede menguar, en alguna proporción menor, no solo el contacto con el virus, sino la angustia familiar de la muerte solitaria. Contagiarse de un familiar enfermo de Covid que está a punto de morir es una posibilidad epidemiológica. Pero esta preocupación clínica puede derivar en la dificultad de asunción de episodios tan drásticos como reconocer la muerte en soledad de alguien querido. La negación que ocasiona que un familiar se haya ido sin recibir una despedida afectiva es un episodio inherente al ambiente hospitalario en pandemia. La sensación de que no hemos podido acompañarlo, puede llevar a la negación como mecanismo psíquico que protege de esa sensación ingrata.

La pandemia enfrenta a los trabajadores de la salud con la muerte, todos los días. Nos enfrenta con un tema bioético, el dolor de los familiares que se despiden de alguien que desde su ingreso ha estado solo. Entonces se suma la biopolítica a la discusión. La misma consiste en el modo de instalar la preocupación acerca de la importancia de ocuparse por su salud en condiciones de pandemia. Lo que ellos cuentan queda registrado como la travesía por una peripecia.

La discusión bioética posibilita, como disciplina filosófica e interdisciplinaria, un tratamiento de la muerte destinada a recuperarla como una posibilidad existencial significativa. Después de esta pandemia, para decirlo con precaución, en situación transpandémica, podemos pensar que el dejar morir a los que no quieren morir solos y distantes puede ser más económico que el esfuerzo por prevenir. La memoria de los momentos sublimes debe defenderse como constitutivo de la vida durante una plaga como esta.

Hemos sido avisados sobre probables pandemias ocasionadas por la zoonosis en ciudades grandes. Por el contrario, hay un plazo que se abre para reflexionar e implementar aprendizajes. Los problemas aparecidos no se resolvieron aún. Algunos no han sido divisados. No deben olvidarse, sino recuperarse. Sigue latente la convivencia con diferentes situaciones de vulnerabilidad. F confía en que los hábitos de prevención se hayan aprendido.

> *Cada uno de nosotros ha internalizado que vamos a vivir con el virus. Lo que va a suceder es una internalización de hábitos de autocuidado: extremar medidas de limpieza, higiene, de cuidado personal, de distanciamiento social, el uso de barbijos, el uso de EPP. "va a ser algo normal; o sea… ya quedó, al menos quedo instaurada".*

"Internalizar", como lo está usando F, tiene un significado similar a "aprender". Para F se ha logrado un aprendizaje, un cambio de lectura de la realidad que nos permitirá afrontar la pandemia. Convivimos y conviviremos con el virus de Covid o con otros virus globales. Para eso tenemos que prepararnos para que la soledad de los Sanitarios esté acompañada. Incluir nuevas prácticas, actualizarnos. No nos habíamos preparado para invasiones tan contaminantes que implicarán tanto compromiso laboral inmediato. Inclusive, habíamos pensado en las sucesivas décadas anteriores, que los ataques a la humanidad del futuro seguirían siendo bélicos o económicos. No habíamos imaginado una epidemia global, a pesar de los avisos oficiales y extraoficiales.

Precauciones asociadas a nuestros estilos de vida.

Tal vez las pandemias sean de aquí en más un problema de salud habitual, pero además una consecuencia del despliegue migratorio, turístico, laboral, constante dentro de las estrategias biopolíticas globales. El virus no puede acercarse por su cuenta, viene portado por alguien. Para Enrique Leff (2021) en la tragedia de Sófocles, Creonte consulta el oráculo de Delfos y descubre que la peste es el castigo de los dioses por el asesinato de Layo. Hasta que el responsable no expíe sus culpas, la peste seguirá azotando a la ciudad. El coronavirus no es un castigo divino, sino una respuesta de la naturaleza, cuyo comportamiento debemos desentrañar.

Desde hace al menos cincuenta años somos alcanzados por la atracción turística de paisajes, que deseamos visitar, ya sea por negocios, trabajo o placer, dentro de una sociedad que ya no tiene industrias tradicionales (Bell, 1974). El turismo -como las poblaciones forzadas a viajar por otras razones: razones bélicas, persecución política, hambre- es una de las transacciones indispensables en el mundo posindustrial. Emprendemos actividades que nos llevan a viajar varias veces en el año. A su vez, de todo eso nos enteramos por nuestras páginas de búsqueda. Para viajar revisan nuestras maletas, nuestro pasaporte o nuestro aspecto. Pero nuestras vulnerabilidades no pueden exponerse de modo claro. La libreta sanitaria o los test para detectar la presencia de la infección ayudan. Sin embargo nuestras vulnerabilidades nos constituyen. Hemos valorado muy poco la creación de espacios para dialogar sobre los riesgos y precauciones asociados a nuestros estilos de vida. Un estilo expuesto a cambios permanentes. Cualquier enfermedad contagiosa se transformaría en pandemia si se sobrepasan los niveles de atención, los espacios hospitalarios. A su vez, la escala social humana es mínima en comparación con las escalas naturales como la geológica o la astronómica. Es decir que estamos divagando dentro sobre un instante minúsculo del universo. Sin embargo, ese instante contiene una significatividad que nos atrae tanto o más que cualquier otra magna historia.

Desde el punto de vista biopolítico la pandemia no nos ha tomado por sorpresa. Se pueden decir muchas cosas para justificar la escasa preparación de las autoridades mundiales, pero el

argumento de la sorpresa no es bien recibido. Se habían lanzado advertencias serias sobre la inminencia del surgimiento de algún tipo de nuevo virus global. Ignacio Ramonet (2020) menciona un importante análisis presentado, en noviembre de 2008, por la oficina de anticipación geopolítica de la CIA, que publicó para la Casa Blanca un informe titulado *Global Trends 2025 : A Transformed World*. El documento, en aquel momento confidencial, sugiere que si brotara una enfermedad pandémica, probablemente ocurriría en un área marcada por una alta densidad de población y una estrecha asociación entre humanos y animales. A estas alturas, ya nadie ignora que la pandemia no es sólo una crisis sanitaria. Es lo que las ciencias sociales califican de "hecho social total" (Ramonet, 2020, párr. 3).

Recientemente Edward Glaeser (2022), en un minucioso trabajo sobre resiliencia urbana sostiene que las ciudades se reconstruyen a pesar de terremotos y de pandemias. En este caso, afirma, pasará lo mismo. Si la pandemia de COVID-19 continúa durante años o es seguida por una nueva pandemia equivalente, entonces la enfermedad en sí misma puede causar un daño considerable a las ciudades del mundo. La gente rica se mudará cada vez más a los suburbios y la gente pobre, se mudará a las zonas más densas de la ciudad. Si a esto le sumamos el progreso del teletrabajo entonces estaremos frente a grandes cambios. Sin embargo las grandes ciudades son resilientes, siempre que se considere al capital humano como el recurso fundamental. El capital humano se define, siguiendo a Glaeser, como capacidad de producir que está incrustada (*embebded*) en las personas de modo latente, por lo que las muertes casi siempre significan una pérdida de capital humano. Sin embargo, las habilidades que permiten una actividad valiosa han cambiado dramáticamente a lo largo de los siglos, lo que hace la medición del capital humano en particular algo difícil de valorar.

La destrucción del capital humano deja una huella más duradera. Esa es la razón por la que las ciudades han sobrevivido a muchas plagas a lo largo de milenios pasados. La pandemia sólo altera significativamente la riqueza urbana si va acompañada de un cambio económico importante, como la adopción generalizada del trabajo remoto o los cambios políticos que podrían llevar a las empresas y los ricos a abandonar las zonas urbanas. El impacto de mayor alcance de la pandemia sugiere de nuevo que el capital humano en lugar de capital físico es el determinante clave del éxito urbano a largo plazo. Las ciudades tienen mayor resiliencia si se considera el valor del capital humano (Glaeser, 2022).

Estamos transitando una época en que las enfermedades respiratorias son transmitidas en lugares cerrados, dentro de los aviones, de los automóviles, los autobuses y dentro de los propios hogares. Debemos, por lo tanto, revisar la noción del viaje, la noción de hogar, la noción de urbanización, la noción de cuidado de sí. La concepción del espacio privado, asociado a la seguridad, se contrapone, de acuerdo a los aspectos mencionados, a las concepciones de los lugares abiertos, que vuelven a ser los lugares de menor propagación de espectros ominosos. El capital humano es el que hemos de cuidar en cuanto porta una sabiduría que permite generar resiliencias comunitarias. No sus organizaciones ni su tecnología.

Los verdaderos "nosotros" de nuestra época.

Uno de los inconvenientes que reconocemos en las calamidades humanas es que siempre habrá capitales humanos que se exponen por encima del resto como presa de una enfermedad. Una pandemia ataca a los trabajadores sanitarios que intentan cuidar a los demás. Pero éstos, alineados a la salud no forman parte de "los demás". Como si fueran "otros" son la parte de una población expuesta que intenta que no se extienda esta pandemia. Aunque pase por encima de nosotros, aunque no nos demos cuenta, la pandemia atraviesa al "nosotros sanitario" por encima del resto. Siempre atraviesa a los que están adelante, intentando evitarla.

La comprensión desde el espacio de la salud de quién es el "nosotros", el capital humano de la salud, es la que pone alerta a los "demás". Los que no estamos en contacto directo pero necesitamos de ese capital humano. Hace mucho tiempo que no nos reconocemos como una humanidad entera intentando sobrevivir. Esto quiere decir que en cada una de nuestras ciudades, que en cada uno de nuestros hogares, en cada una de nuestras profesiones, nuestro capital humano para la salud es el más expuesto a ser afectado. El trabajador sanitario no puede salir de este sofisma de ofrecer la vida personal para defender la vida comunitaria. Si no reconocemos el valor de sus vivencias, si no escuchamos sus relatos de compromisos iniciáticos con la vida de cada uno de los pacientes, la vida comunitaria acabará con la vida personal de cada trabajador. El sofisma volverá a repetirse una y otra vez.

En las actuales condiciones, "los Sanitarios son, aún, los otros de los demás". Los encargados de preocuparnos de modo directo por la promoción de la salud, actuamos desde dentro del nosotros, desde nuestras propias capacidades. Los que se interponen entre la invasión y los demás. Es cierto que la pandemia tiene por objeto a la humanidad. No obstante este capital humano deberá percibirse como se percibe a los enfermos en soledad. Allí, en sus unidades de cuidados intensivos, están corriendo riesgos, archivando sus historias de hermenéutica tanática, sin que sus relatos nos adviertan los grandes secretos de sus ocupaciones.

Pacientes y sanitarios son y han sido los verdaderos "nosotros" de esta época tan corta. Los otros de nosotros, los demás, los que se desplazan con mayor o menor precaución, se cuidan. Debemos procurar que el peso de la incomunicación que acompaña a los enfermos no nos aniquile. A través de la narración es posible recuperar la actividad de los equipos humanitarios que comenzaron a prepararse ya comenzado el proceso pandémico, de modo tardío, en el mismo momento en que tenían que atender, en el mismo momento en que tenían que esperar resultados científicos acerca del fenómeno para tomar decisiones.

Los familiares están muy cerca pero no pueden atravesar barreras sanitarias para despedir a quién se está por morir. No hay, por ahora, forma alguna de traspasar los "límites administrativos del contagio" para despedirse de alguien cercano. El final de cada vida es parte de cada vida. Como el nacimiento, constituye un momento fundamental a proteger. A, la psicóloga que intervino en la redacción del protocolo de despedida, hace referencia a una

ISSN: 2718-8310

diligencia administrativa que debieron hacer para que una señora mayor pudiera despedirse de su hijo. Cercos que tuvo que superar para verse por última vez.

> *Estuvimos esperando que viniera su hijo. Él quería verla, llegar antes de que trascendiera. No podía llegar porque estaba de viaje. Llegó tarde… Pudo despedirse.*

La agresividad hacia los posibles contagios aparece como defensa de los gobiernos, como instinto protector del propio sector de la salud. Emana de la angustia que genera la incertidumbre de enfrentarse al “enemigo invisible”. Lo invisible es un significante aterrador para el ser humano. Desde la teoría psicoanalítica lo invisible que penetra en nuestra intimidad se denomina “ominoso”. Refiere a lo más familiar, a la vez siniestro (Freud, 1976). Lo que enseña la experiencia analítica de lo ominoso es que se trata de la perturbación del campo imaginario por la brusca aparición en su seno de algo no especular. En ese instante: “el objeto de la angustia en tanto objeto ansiógeno, no especularizable, paradójicamente se especulariza: lo invisible es visto” (Miller, 2007, p. 95). Por fin la angustia ve lo que es solo un fantasma en el ser querido. En el familiar se ve al fantasma cuando ya no lo puede ver de modo presencial, cuando desaparece.

Ver en la muerte el fantasma familiar provoca tristeza. Algo se desprende en el ser querido. Si no lo vemos sigue estando. Es su fantasma. Es casi imposible imaginar la muerte del ser querido, al que no podemos ver, si no es de forma ominosa. Somos parte de un mismo espíritu. Las condiciones de despedida, durante la pandemia, son distintas a las que cualquier comunidad pudiera reconocer. Morirse es desaparecer. Lo ominoso de lo querido, el ser querido en su momento invisible, debe desaparecer ante nosotros. Pero desaparece ante el trabajador de la salud.

Lo invisible, aquí, construye una metáfora, un modo de entender la realidad de la despedida en el contexto de pandemia. Lo que se evita finalmente no es el virus, es la posibilidad de la muerte invisible que viene con él. Esta angustia generada por la muerte invisible se transforma en agresividad. La agresividad de la negación se impone como mecanismo psíquico que protege a la familia de ese afecto. Una agresión que nos circunda es la dificultad de acatar normas de conducta. Previenen de la cercanía a la muerte que se respira. Es la muerte invisible, la peor de las muertes, la que no se ha visto ocurrir, la que circunda nuestras vidas cuando se publican estadísticamente los casos. Esas estadísticas nos llevan a un juego arriesgado de lo insensible.

Los hospitales, proveedores de atención médica deben considerar cómo comunicarse mejor. El deseo de un paciente o su familia está presente más que nunca en estos momentos. La información y los valores subyacentes entran en conflicto con las percepciones del proveedor de atención médica sobre cuidado apropiado. Los Sanitarios también deben ser conscientes de cómo los factores culturales pueden afectar el final del debate de vida. La sensibilidad a las preferencias culturales e individuales de un paciente evita estereotipar y hacer suposiciones

incorrectas (Ngo-Metzger, 2008) como circunstancia en que las preferencias de tratamiento, la calidad de vida y el mantenimiento de la dignidad han sido acordadas con los deseos del paciente.

Ha habido poco o ningún dolor, suponemos, para los trabajadores sanitarios. Los T.S (trabajadores sanitarios) trabajan en la muerte de cada paciente. Contemplan y comparten el sufrimiento de la espera. La muerte debiera coincidir con los estándares clínicos, culturales y éticos del paciente. Los tratamientos excesivos o fútiles no se utilizan sólo para prolongar la vida. Cualquier revisión bioética de la "buena muerte" debe analizar las muertes vinculadas a la pandemia. La muerte asociada con el COVID-19 califica como una "mala muerte". Sin embargo, poco sabemos aún. La apertura al relato de interacción de los trabajadores de salud con pacientes parece cerrarse antes de tiempo, cada vez que una calamidad ocurre.

Conclusiones preliminares. Por qué los aplauden.

Al principio de la pandemia los trabajadores de la salud eran aplaudidos. En primera instancia se suponía que por su amor al trabajo, por su enfrentamiento valiente a un padecimiento desconocido. La pregunta prosigue. ¿Qué es lo que explica ese aplauso mayestático desde los balcones? Las fotografías de trabajadores agotados, en sus vestidos heroicos, proliferaban. Enarbolaban su cansancio desde la disputa contra un más allá impropio. En aquellos momentos las reglas de los gobiernos sobre el distanciamiento social para prevenir la propagación de enfermedades alteraron rituales funerarios y de muerte en casi todas partes. Las grandes reuniones estuvieron restringidas en todo el mundo. Despedirse de un ser querido es un ritual que trasciende las diferencias. Se han perturbado así importantes rituales en prácticamente todas las religiones del mundo.

El trabajador sanitario oficia, en estos casos, de modo aproximado al quehacer chamánico. Actúa de manera delicada, como Hermes, vinculando a Zeus con personajes externos al Olimpo en sus mensajes confidenciales. Mientras tanto las órdenes estrictas de distanciamiento social obligaron a los familiares a encontrar nuevas formas de duelo, escribiendo comentarios en las redes sociales, publicando obituarios en línea a partir del relato de los trabajadores de la salud acerca del deceso. La aprensión a morir sin compañía, tanto como el dolor de que un familiar se vaya de este mundo en soledad, es universal. El compromiso de fusionar horizontes de los trabajadores de la salud al traducir de modo comprensible el estado de salud del paciente a un familiar. Como tal, nos vincula a pensar modos de despedida. A relevar relatos sobre estas prácticas. La política del hospital a menudo impide que los seres queridos estén en la UCI (unidad de cuidados intensivos) en el momento de la muerte. Este dilema ético y biopolítico se agrava en una muerte durante la epidemia de Covid. Como destino del cuidado de una vida, se debe asumir que ese tema será abordado, que serán eficaces los relatos vitales de los recuerdos, como de la mirada final entre el sanitario y el paciente.

Los trabajadores Sanitarios deberían ser valorados en su aspecto hermenéutico. No sólo han sido aplaudidos por su entrega, como ocurrió al inicio de la pandemia, sino que son reconocidos en cuanto que se constituyen en guardianes de la memoria de luchas agonísticas. Verdaderos practicantes de una hermenéutica tanática. No todas las muertes o los sufrimientos tienen la misma significación. Algunos procesos dejan enseñanzas, recuerdos, oportunidades de valorar prácticas. Los mecanismos que envuelven los procesos de atención afectaron a los familiares de los pacientes en los procesos terminales o en las convalecencias extensas. Sin embargo hay que atender que afectan a los Sanitarios. Ellos guardan esas vivencias, que no siempre se comparten, en parte por secreto profesional, en parte para reservarlas a la historia de esta pandemia. Las entrevistas, los relatos, permiten la recreación de situaciones que, como en el caso del Covid, se han vivido. Constituyen hitos profesionales. Por esta razón, entre otras, los aplauden.

Referencias

Agamben, Giorgio (2020). Riflessioni sulla peste. Recuperado en: https://www.quodlibet.it/giorgio-agambenriflessioni-sulla-peste

Araya, C. y Oyarce, A. (2020). "Pandemia por COVID-19: un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos". *Revista Chilena de Salud Pública* (2020): 13-29. Recuperado en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/60371-709-205302-1-10-20201210%20(1).pdf

Bell, D. (1974). The Coming of Post-Industrial Society. New York: Harper Colophon Books, 1974.

Berlanga-Fernández, S., Rifa-Ros, R., Villafáfila-Ferrero, R., & Rodríguez-Monforte, M. (2021). Perspectiva de los estudiantes de enfermería sobre la transformación de la atención primaria durante la pandemia de la enfermedad coronavirus-19: estudio cualitativo mediante fotoelicitación. *Educación Médica* , *22* (4), 237-240. Recuperado en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181321000462

Castañeda Guillot, C. (2021). El arte de la pintura y las pandemias en la historia. Revista Conrado, 17(S2), 8-15.

Enrici, A. (2021). El Nacimiento De La Viruspolítica. Desde la libertad de la autovigilancia. Recuperado en: http://69.164.202.149/topofilia/index.php/topofilia/article/view/162

Estrin, D. (2020). Coronavirus Is Changing The Rituals Of Death For Many Religions April 7, 2020. In Goats and Soda stories of life in a changing world. Recuperado en: https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/04/07/828317535/coronavirus-is-changing-the-rituals-of-death-for-many-religions

Franco, T., & Merhy , E. (2017). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. Salud colectiva, 5, 181-194.

García-Navarro, E. (2020). Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva. Avda. Tres de Marzo, s/n. 21071, Huelva, España. DOI: 10.20986/medpal.2020.1162/2020

Glaeser E. (2022). National Bureau of Economic Research, USA. Harvard University, USA. Urban Studies. 2022, Vol. 59(1) 3–35- DOI: 10.1177/00420980211052230.

Geertz, C. (1994) Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas. Barcelona: Paidós.

Leff, E. (2021). Los desafíos de la vida en la Era del Capitaloceno. Ambiente en Diálogo, (2), Recuperado en: http://ojs.opds.gba.gov.ar/index.php/aed/index

Klippenstein, K. (2020). Military Knew Years Ago That a Coronavirus Was Coming », The Nation, New York.

Freud, S. (1976). "Lo ominoso", en Obras completas, Vol. XVII .Buenos Aires: Amorrortu.

Han, B.-(2020). La emergencia viral y el mundo de mañana. Byung-Chul . El Pais 22 MAR 2020 -16:17 ART Recuperado en: https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html

Jalloh M., Li W., Bunnell R., Ethier K., O'Leary A, Hageman K., et al. (2015). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, BMJ. 2018; 3(2). DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000471

Juárez García, A. (2020). "Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental". *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. *Salud* 52.4: 432-439.

Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. Psychiatric Serv. 2008; 59(1): 91-5.

Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. Compr Psychiatry. 2018; 87: 123-7. Recuperado en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X18301664

McCann CM, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, Kedge S, Adamson C, et al. (2013). Resilience in the health professions: a review of recent literature. Int J Wellbeing. ; 3(1). DOI: 10.5502/ijw.v3i1.4

Ministerio de Cultura de la Nación, 2020), 1 de mayo. Recuperado en: https://www.cultura.gob.ar/covid-art-museum-el-espacio-donde-el-coronavirus-es-arte-8985/ .

Ngo-Metzger, (2008). Good Death in Neurological Practice. Chennai, Tamil Nadu, India.

DOI: 10.4103/0028-3886.325314

Merhy, E. (2006). Salud. Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial

MacIntyre, A. (2001), Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes. Editorial Paidos. p. 15. Cf. Marcos, A., Dependientes y racionales: la familia humana en este mismo nº de Cuadernos de Bioética.

Ministerio de Cultura de la Nación, (2020), 1 de mayo https://www.cultura.gob.ar/covid-art-museum-el-espacio-donde-el-coronavirus-es-arte-8985/ .

Miller, J.-A. (2007). *Introducción al seminario X de Jacques Lacan*, RBA Libros, Barcelona, , p. 27

New York Times (2020). World Health Organization on March 24, 2020 recommended relatives not to touch or kiss a body infected with COVID-19. Recuperado en: https://www.nytimes.com/2020/03/25/us/coronavirus-funerals.html

Pöggeler, O. y Río H. (1997). Universidad Autónoma de Madrid. El conflicto de las interpretaciones. Cuaderno Gris. Época III, 2 (1997): 107-114. (Monográfico: Horizontes del relato: lecturas y conversaciones con Paul Ricœur / Gabriel Aranzueque (coord.)

Portes, A., & Armony, A. C. (2016). Rescatando valores ancestrales y creando nuevos lazos: el transnacionalismo chino en América Latina. *Migración y desarrollo*, *14*(26), 3-23. recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo

Radio 3, (2020) otros cinco fallecidos en Río Gallegos. Publicado en septiembre 26, 2020. Recuperado en: https://radio3cadenapatagonia.com.ar/coronavirus-otros-cinco-fallecidos-en-rio-gallegos/

Ramonet, I (2020). "Ante lo desconocido... La pandemia y el sistema-mundo". *Le Monde Diplomatique* 2 (2020)

Ricoeur, P. (1969). *Le conflit des interprétations*, Éd. du Seuil, París 1969, p. 16.

Simondon, G. (2015). *La individuación a la luz de las nociones de forma y de información.* Buenos Aires: Cactus

Spinelli H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, 6(3), 275-293.

UNESCO (2020) Convirtiendo la amenaza del COVID-19 en una oportunidad para un mayor apoyo al patrimonio documental. Recuperado en: https://en.unesco.org/sites/default/files/dhe-covid-19-unesco_statement_es.pdf

ISSN: 2718-8310

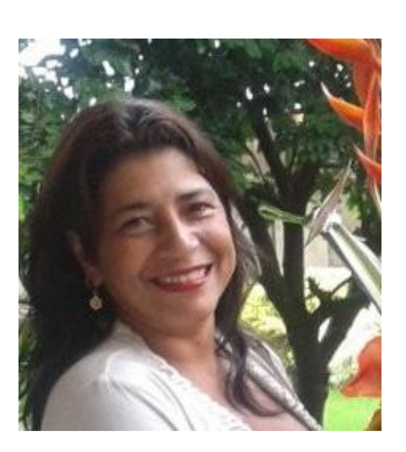
Sy, A. (2020). “Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as”. Presentación del proyecto. PISAC (Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea. Recuperado en: https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/acciones-covid-19/pisac-covid-19



Dr. Aldo Enrici

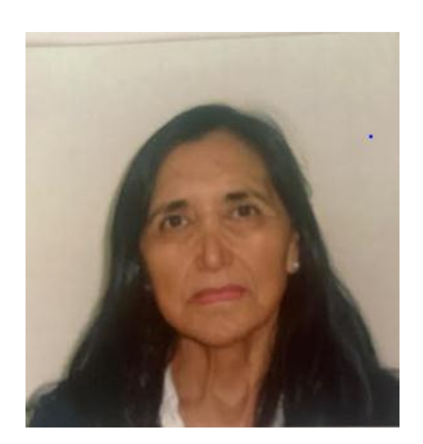
Profesor titular de Filosofía-Estética UNPA UARGICIC. Instituto de cultura, identidad y comunicación. Categoría de investigador I- Categoría de Extensionista A. Integrante de la Asociación Argentina e Internacional de Críticos de Arte. Director de la Red interuniversitaria de Patrimonio Cultural-Miradas interdisciplinarias. Director Maestría en Metodologias y estrategias de investigación Interdisciplinar. Profesor invitado en Universidades de Europa y América. Sec. Académico Revista www.hermeneutic.unpa Director Grupo de Investigación de Hermenéutica Aplicada. Contacto: aenrici@uarg.uarg.unpa.edu.ar TEL 54 2966 – 15458236. Argentina

ISSN: 2718-8310



Mirtha Zuleyka Sánchez Escalante

Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería. Dra. En Enfermería. Área de Concentración Salud y Cuidado HumanoProf. Titular a Dedicación Exclusiva de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo – Venezuela. zuleykase@gmail.com



Edecia Muriel Ojeda

Profesora adjunto de la Escuela de Enfermería asignatura Enfermeria en Salud Mental. Investigadora categoría IV. Extensionista categoría B. Universidad Nacional de la Patagonia Austral Unidad Académica Río Gallegos. murielojeda@gmail.com

ISSN: 2718-8310



Maria Gloria Villar

Terapista Ocupacional- Profesora UNPA_UARG en la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapeutico-Investigadora- Posgrado Salud Social y Comunitaria.Trabajo en diferentes campos de la Salud. Estimulacion Temprana, Rehabilitación, Salud Mental, Programas Nacionales comunitarios- Actriz . gvillar@uarg.unpa.edu.ar



Marcela Triviño

Licenciada en Enfermería. Docente Investigadora y Extensionista de la UNPA-UARG. Integrante de la Investigación “Transitar de la Pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores”. Convocatoria PISAC-COVID 2019. Resolución 2020-11-13. Integrante nodo 7 *[E-mail: mtrivino@uarg.unpa.edu.ar]*